



## Opt Out Form

**If you do not want your health information shared through Health Current, please complete and return this form to your healthcare provider. Your healthcare provider will return the form to Health Current.**

This is the “Opt Out Form” described in the Health Current Notice of Health Information Practices. If you opt out, your healthcare providers will not be able to access your health information through Health Current, Arizona’s health information exchange (HIE)—even in an emergency. If you are filling out this form for another person, the references to “you,” “I” and “my” in this form refer to that other person.

If you do **not** want your health information shared through Health Current, fill in your name and date of birth below. Then, check the box that says, “Opt Out.” Finally, sign the form and give it to your healthcare provider.

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Street Address:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip:** \_\_\_\_\_

**Opt Out:** I do not want any of my health information shared through Health Current.

**Signature of Patient or Patient’s**

**Parent/Guardian/Healthcare Decision Maker:** \_\_\_\_\_

**Print Name:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

If signed by a person other than the patient, please indicate your authority to sign for the patient (check one):

Spouse  Parent/Guardian  Caregiver with authority to make healthcare decisions

If you are signing on behalf of more than one patient (such as your children), you must fill out a separate form for each patient.

**Provider Office Only:** This section must be completed before sending via secure fax to Health Current.

Organization/Provider: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

## Formulario Para Optar por la Exclusión

**Si no quiere que su información de la salud sea compartida mediante Health Current, favor de llenar y entregar este formulario a su proveedor de salud médica. Su proveedor de salud médica entregará el formulario a Health Current.**

Este es el "Formulario Para Optar por la Exclusión" descrito en la Notificación de Prácticas de Información de la Salud. Si usted se excluye, sus proveedores de salud médica no podrán acceder a su información de salud mediante Health Current, el intercambio en Arizona de información de la salud (HIE)— incluso en una emergencia. Si está llenando este formulario para otra persona, las referencias a "usted", "yo" y "mi" en este formulario se refieren a la otra persona.

Si **no** quiere que su información de la salud sea compartida mediante Health Current, escriba su nombre, apellido y fecha de nacimiento en lo siguiente. Marque la casilla, "Opto por la Exclusión." Por último, firme y entregue el formulario a su proveedor de salud médica.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Opto por la Exclusión:** No quiero que ninguna de mi información de la salud sea compartida mediante Health Current.

Firma del Paciente:

Padre/ Tutor/ Persona Autorizada para firmar decisiones médicas:

Nombre y Apellido Impreso: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si está firmado por una persona que no sea el paciente, favor de indicar la autoridad de firmar para el paciente (marque una):

Esposo/Esposa       Padre/Tutor       Cuidador con la autoridad para tomar decisiones médicas

Si está firmando en nombre de más de un paciente (como sus hijos), por favor llene un formulario distinto para cada paciente.

**(Para uso del Proveedor solamente)**

**Provider Office Only:** This section must be completed before sending via secure fax to Health Current.

Organization/Provider: \_\_\_\_\_ Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_